DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO (CMSP)

Escriba el nombre del/de la solicitante en letra de molde	Fecha
Escriba el nombre de la persona que actúa en nombre del/de la solicitante en letra de molde	Parentesco con el/la solicitante

Asegúrese de haber leído cada cosa, y firme y feche. Lea lo siguiente detenidamente, antes de firmar.

- Entiendo que estoy solicitando beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado (*County Medical Services Program—CMSP*), y que *no* estoy solicitando beneficios del Programa de Medi-Cal del estado.
- Entiendo que se ha completado la *Declaración de Ciudadanía, Calidad de Extranjero y Situación Migratoria (MC 13)* para Medi-Cal, y que ésta servirá también para la determinación de todas las personas que posiblemente reúnan los requisitos para el *CMSP*.

Derechos, Responsabilidades y otra Información sobre el CMSP

Usted tiene derecho a:

- Pedir que un(a) intérprete le ayude a solicitar los beneficios del *CMSP*, si usted tiene dificultades para hablar o entender el idioma inglés.
- Que se le trate justa y equitativamente, independientemente de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad o creencias políticas.
- Solicitar beneficios del *CMSP*, y a que se le informe, por escrito, si usted reúne los requisitos o no para el *CMSP*, aun si el/la representante del condado le informa a usted durante la entrevista que parece ser que si reúne los requisitos o que no los reúne ahora.
- Revisar los manuales que contengan las reglas del *CMSP*, si usted desea cuestionar el fundamento bajo el cual se aprobó o negó su elegibilidad.
- Recibir una Tarjeta de Identificación de Beneficios (*Benefits Identification Card—BIC*) lo antes posible, si tiene una emergencia médica.
- Que toda la información que usted proporcione al departamento del condado se mantenga en la confidencialidad más estricta.
- Que se le informe sobre las reglas para la elegibilidad retroactiva del *CMSP*.
- Reunir los requisitos para el *CMSP*, al reducir su reserva de bienes para que esté dentro del límite de bienes del *CMSP*, a más tardar el último día de cualquier mes, incluyendo el mes de su solicitud.
- Recibir una explicación sobre las posibles maneras en que usted puede gastar su exceso de bienes, siempre y cuando usted reciba consideración adecuada.
- Hablar con un(a) trabajador(a) de servicios sociales sobre otros servicios o recursos públicos o privados que podrían estar a su disposición.
- Reducir cualquier parte del costo que posiblemente usted tenga, proporcionando las facturas médicas sin pagar en el pasado, que usted aún deba.
- Solicitar una audiencia del condado, si usted está insatisfecho(a) con una acción que el Departamento de Servicios Sociales del condado haya tomado o no. Si usted desea una audiencia tal, tiene que solicitarla en un plazo de 90 días, a partir de la fecha en que se le envió la Notificación de Acción. Si usted no recibe una Notificación de Acción, usted tiene que solicitar la audiencia en un plazo de 90 días, a partir de la fecha en que usted se dio cuenta de la acción con la que usted está insatisfecho(a).

Usted tiene la responsabilidad de:

- Completar un reporte sobre su situación, cuando el condado le proporcione uno, y de devolverlo al condado a más tardar en la fecha de vencimiento.
- Presentar, cuando se le pida, comprobante de que usted es residente del condado en el que esté solicitando beneficios del *CMSP*.
- Informarle a su proveedor médico [doctor(a), dentista, etc.] que usted ha solicitado beneficios del *CMSP*, o que es beneficiario(a) del *CMSP*.
- Firmar y guardar su *BIC*, y usarla solamente para obtener atención médica necesaria.
- Llevar su *BIC* a su proveedor médico cuando usted reciba atención médica, lo antes posible, si usted recibe servicios y no tiene su *BIC* consigo.

- Proporcionar un número de seguro social al condado, o solicitar uno.
- Solicitar beneficios de Medicare, si usted está ciego(a), incapacitado(a) o tiene 64 años y 9 meses de edad o más, y reúne los requisitos para estos beneficios.
- Solicitar para cualquier ingreso que podría estar a su disposición o a la de sus familiares.
- Reportar al departamento del condado cualquier seguro de atención médica que usted tenga o al que tenga derecho.
- Usar cualquier seguro médico que usted tenga, antes de usar el *CMSP*.
- Reportar al departamento del condado cuando los beneficios del *CMSP* recibidos son el resultado de un accidente o lesión causado por la acción de alguna otra persona, o por que no actuó.
- Cooperar con el condado, si su caso se selecciona para una evaluación de control de calidad.
- Cooperar con los ordenamientos de Medi-Cal, si posiblemente usted reúna los requisitos para recibir Medi-Cal. Si usted no coopera, y se determina que no reúne los requisitos para recibir Medi-Cal, usted no reunirá los requisitos para recibir beneficios del *CMSP*.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR A SU TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD DEL CONDADO, EN UN PLAZO DE DIEZ DÍAS, CUANDO:

- Sus ingresos, o los de su familia (incluyendo sueldos, pagos del seguro social, pensiones, pagos para veteranos, préstamos, etc.) aumenten, disminuyan, comiencen o paren.
- Usted se mude o planea mudarse a otra dirección en su condado, a otro condado o a otro estado o país.
- Usted planea ausentarse de su hogar (residencia) durante más de 30 días.
- Alguna persona se mude a, o fuera de su hogar.
- Usted o su cónyuge ingrese o salga de un centro de convalecencia o establecimiento de atención a largo plazo.
- Usted traspase, regale, venda u obtenga algún bien personal o raíz (bienes raíces se refieren a terreno, casa, etc, y bienes personales se refieren a automóviles, etc.).
- Usted o su familia reciba vivienda, servicios públicos, comida o ropa gratis, o a cambio de algo.
- Usted o una pariente resulte embarazada o el embarazo se termine.
- Usted o un(a) pariente tenga un cambio en los gastos de cuidado de niños, transporte, empleo o educación.
- Usted o un(a) pariente solicite algún beneficio por incapacidad, como *SSI/SSP*, seguro social, Jubilación de Ferrocarriles, Beneficios para Veteranos, Compensación para los Trabajadores, etc.
- Usted o un(a) pariente comience o deje la escuela.
- Usted o un(a) pariente tenga un cambio en seguro médico, ciudadanía o situación migratoria.

ENTIENDO QUE:

- Cuando solicite beneficios del *CMSP*, se me hará una evaluación para determinar mi elegibilidad para otros programas, incluyendo Medi-Cal.
- Si obtengo servicios médicos de un proveedor médico que no sea un proveedor del *CMSP*, seré responsable del costo de los servicios que reciba.
- En base a mis ingresos, es posible que tenga que pagar, o que se me cobren, algunos de mis propios gastos médicos cada mes, antes de que el *CMSP* comience a pagar.
- Si doy información falsa o incompleta, es posible que se determine que no reúno los requisitos para el *CMSP*, y que se me investigue por sospecha de fraude.
- Los datos que de se corroborarán por computadora con información de empleadores, el Departamento de Impuestos del Estado, la Administración del Seguro Social, bancos, departamentos de asistencia pública y otras agencias.

- Si yo, o una persona para la que estoy solicitando beneficios, no tenemos documentación o una situación migratoria satisfactoria, yo, o la persona para la que estoy solicitando beneficios, posiblemente reunamos los requisitos solamente para servicios de emergencia del *CMSP*.
- Si no reporto cambios oportunamente, y recibo beneficios del *CMSP* para los que no reúno los requisitos, es posible que tenga que pagarle al *CMSP* tales beneficios.
- Si reúno los requisitos para otro seguro médico, sin costo alguno para mí, y no lo solicito, o no retengo dicho seguro, mi elegibilidad del *CMSP* posiblemente se me niegue o descontinúe.
- Si mi proveedor médico acepta mi *CMSP* para los servicios cubiertos, no pueden cobrarse tales servicios, excepto cualquier parte del costo que pudiera tener.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Las Secciones 14011 y 14012 del Código de Instituciones y Asistencia Pública autoriza a los departamentos de servicios sociales y de asistencia pública del condado a que recopile cierta información de usted, para determinar si usted o la(s) persona(s) para la(s) que esté solicitando beneficios reúne(n) los requisitos para beneficios del *CMSP*. La información que usted proporcione es confidencial, y solamente puede revelárseles a ciertos individuos u organizaciones, y entonces solamente para administrar el *CMSP*. Esta información la utilizará el departamento del condado, para establecer la elegibilidad inicial y continua del *CMSP*; el intermediario fiscal del Estado, para fines de tramitar reclamos; el Departamento de Servicios de Salud, para la producción de BICs, identificaciones de seguro médico y medidas para recuperar pagos excesivos e indebidos; para comprobar números de seguro social y números otorgados por Medicare; el Servicio de Inmigración y Naturalización, para determinar la situación como extranjeros; y los proveedores de servicios médicos y organizaciones para la conservación de la salud, para comprobar la elegibilidad.

El proporcionar esta información es obligatorio. El no hacerlo resultará en su inelegibilidad para beneficios del *CMSP*. Usted tiene derecho a ver su información, y puede hacerlo en el departamento del condado durante horas hábiles regulares.

Estoy consciente de que si hago declaraciones falsas o retengo información deliberadamente, yo (o la persona en cuyo nombre estoy actuando) podríamos perder la elegibilidad del *CMSP*, o se nos podría encausar por fraude.

Por este medio, declaro que he leído la información en este formulario, y que entiendo plenamente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES, para que se determine mi elegibilidad para el *CMSP*, y para mantener esa elegibilidad.

DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, CONFORME A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LAS RESPUESTAS QUE HE DADO SON CORRECTAS Y VERDADERAS A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma del/de la solicitante		Número de teléfono ()	Fecha
Firma de la persona que actúa en nombre del/de la solicitante	Relación con el/la solicitante	Número de teléfono ()	Fecha
Firma del/de la testigo (si el/la solicitante firmó con una huella)		Número de teléfono ()	Fecha
Firma de la persona que ayudó al/a la solicitante a completar el formulario/Intérprete		Número de teléfono ()	Fecha
Firma del/de la Trabajador(a) de Elegibilidad (<i>EW</i>) (si es pertinente)	Número del/de la <i>EW</i> (si es pertinente)	Número de teléfono ()	Fecha